Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen

Geschäftsführender Direktor:
Professor Dr. H. A. Hirsch

DIE FREIWILLIGE TUBEN–STERILISATION DER FRAU EINE PRÄOPERATIVE STUDIE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von

Joachim Dölker
aus Wittlensweiler

1979

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536516_0064

Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen

Geschäftsführender Direktor:
Professor Dr. H. A. Hirsch

DIE FREIWILLIGE TUBEN–STERILISATION DER FRAU EINE PRÄOPERATIVE STUDIE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von

Joachim Dölker
aus Wittlensweiler

1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H. Heimann
Berichterstatter: Privatdozent Dr. S. Kunz
(Professor Dr. H.A. Hirsch)

Inhaltsverzeichnis

		Seite
A	Vorwort	1
	Zur Ausgangssituation	1
	Der Fragebogen	6
	Die Auswahl der Befragten	7
	Zur Auswertung	8
	Die Statistische Auswertung	9
	Die Tabellierung	10
B I	Die Ergebisse aus MPI und MMQ	
	MPI	12
	MMQ	13
B II	Die Ergebnisse der Befragung	
1.	Allgemeine soziologische Daten	16
2.	Die Wohnverhältnisse der Frauen	18
3.	Fianzielle Belastungen	19
4.	Kindheit und Jugend der Befragten	19
5.	Daten zur Heirat	20
6.	Die Frau als Hausfrau	21
7.	Die Frau und ihr(e) Kind(er)	22
8.	Das Verhältnis zum Ehemann/Partner	23
9.	Das Sexualverhalten	24
10.	Freizeitgestaltung	26
11.	Familienplanung	27
12.	Die Sterilisation	30
III	Zusammenhänge zwischen verschiedenen Parametern	34
C	Diskussion und Zusammenfassung	39
D	Anhang	
1.	Der Fragebogen	49
2.	Literaturverzeichnis	52

A

Vorwort

Diese präoperative Studie wurde mit dem Ziel begonnen, die sozioökonomische und die psychologische Situation von Frauen zu erfassen, die sich zu einer freiwilligen Tuben-Sterilisation an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen entschlossen haben. Mit den erfassten Daten sollte herausgefunden werden, ob und wie sich die Frauen, welche zur Sterilisation im Intervall in die Klinik gekommen waren, von den Frauen unterscheiden, die den Eingriff im Wochenbett oder in Zusammenhang mit einer Interruptio durchführen ließen. Die erhaltenen Ergebnisse sollten auch die Frage beantworten, ob bereits präoperativ eines der untersuchten Kollektive von Frauen als Risikogruppe hinsichtlich der psychischen Verarbeitung der chirurgischen Kontrazeption angesehen werden kann.
Diese Studie dient auch als Basis für die längerfristige Beobachtung derselben Gruppe von Frauen. Erste konsequente Folge ist die Untersuchung von W. Burgemeister, in der diese präoperativ gefundenen Daten im Vergleich mit postoperativ erhaltenen dargestellt werden. Weitere Befragungen über die psychischen Auswirkungen der Sterilisation sind geplant.

Zur Ausgangssituation

Die Sterilisation einer Frau wird aufgrund verschiedener Indikationen durchgeführt.
Die sogenannte medizinische Indikation ist die wohl am wenigsten umstrittene. Die Diskussion beschränkt sich auf die Definition der medizinischen Indikation. Übereinstimmung besteht

darin, daß die Sterilisation als kurative Maßnahme durchgeführt werden soll, was auch oft als eigentliche medizinische Indikation verstanden wird.

Differenzen bestehen hinsichtlich der prophylaktisch-medizinischen Indikation. Ein derart begründeter Eingriff soll der Verhütung einer Erkrankung oder Lebensgefährdung der Frau durch eine eventuelle spätere Schwangerschaft dienen. Der Grund für die Strittigkeit dieser Indikation liegt in den verschiedenen ethischen Vorstellungen begründet. Diese bedingen zum Teil auch die unterschiedlichen Auffassungen über die Grenzen der medizinisch-prophylaktischen Indikation. Der Übergang zur sozialen Indikation ist fließend, was durchaus auch der schwierigen Definition des Begriffes "Krankheit" zuzuschreiben ist. Ein Grund für die vereinzelte Ablehnung selbst einer enggefaßten medizinisch-prophylaktischen Indikation ist sicherlich in der katholischen Moraltheologie und deren Auswirkung auf allgemeine ethische Grundlagen begründet. (9, S. 94 ff.)

Die Diskussion um die eugenische Indikation ist verhärtet. Die Gründe dafür sind vielfältig. Diese werden durch die verschiedensten ethischen Auffassungen bestimmt, die wiederum die unterschiedlichen medizinisch-naturwissenschaftlichen Meinungen über den Schweregrad und die Vererbbarkeit eines "Erbleidens" mit beeinflussen. Nicht zuletzt ist die Diskussion um die eugenische Indikation in der BRD besonders schwierig. "Die Schuld daran liegt in dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aus dem Jahre 1933 mit der rigorosen Zwangssterilisierung und dem Mißbrauch des Gesetzes zu angeblich rassenhygienischen Zwecken". (9, S. 115)

"Bei keiner Indikation zur Sterilisation der Frau wird die Verkettung mit den Grundfragen des Rechts, der Moral und der Religion deutlicher als bei der sozialen Indikation; sie steht wie die medizinische Anzeige zur Unfruchtbarmachung in engem Zusammenhang mit dem Problem der Abtreibung und der Schwangerschaftsunterbrechung, der Empfängnisverhütung und der Stellung des Menschen zum Geschlechtstrieb überhaupt". (9, S. 138)
Die soziale Indikation wird sehr lebhaft diskutiert, wobei die ablehnenden Meinungen häufig vertreten sind. Allerdings wird auch hier oft von unterschiedlichen Vorstellungen zu dem Begriff "sozial" ausgegangen. Manche, die diese Indikation ablehnen, halten dann doch die Sterilisation unter bestimmten Voraussetzungen, die für andere durchaus zur sozialen Indikation gehören, für möglich.
In der Untersuchung zum Thema der Empfängnisverhütung findet Christoph beim Vergleich diverser Stellungnahmen zum Thema der Sterilisation - im Sinne der sozialen Indikation - nur zwei, die diese Anzeige zur Unfruchtbarmachung prinzipiell bejahen. Etwa ein Viertel der von ihm untersuchten Meinungen ist ablehnend bezüglich der Sterilisation als Empfängnisverhütungsmittel. (3, S. 87) Christoph erscheint auch "der Ruf nach dem Gesetzgeber", der die bestehende Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Sterilisation beseitigen soll, als seltsam. Dies vor allen Dingen, weil durch entsprechende Gesetze die "ärztliche Eigenentscheidung und -verantwortung" eingeschränkt würde, was "allein im Blick auf die sonst übliche Betonung gerade dieser Postulate etwas merkwürdig anmutet". (3, S. 88)

Hellmann bekennt sich in seinem Artikel im Deutschen Ärzteblatt geradezu zur Sterilisation aus sozialer Indikation. Er zitiert auch E. Rüther, "der über 130 prophylaktische Sterilisierungen post partum (1% von 13000) berichtete: Die Unfruchtbarmachung der Frau ist nicht geeignet, eine erschütterte Ehe zu retten! Eine Kontraindikation sind konfessionelle Bedenken. - Ein zögerndes Ehepaar sollte man nie zu diesem Eingriff überreden, sonst können später Vorwürfe gegen den Entschluß oder den Arzt entstehen. Das Risiko einer späteren Reue und Unzufriedenheit nimmt ab mit dem Leidensdruck, gleich welcher Indikation, der zur Bitte um Durchführung der Operation drängte. Es verringert sich mit zunehmender Kinderzahl und dem Lebensalter der Patienten." (10, S. 995)
Hellmann hält allerdings die Sterilisation nicht für ein Empfängnisverhütungsmittel, das ohne weiteres und ohne jede Bedenken angewendet werden könnte. "Mit dem Hygieniker G. Rose" ist er "der Meinung, daß Sterilisationswünsche unverheirateter junger Mädchen und junger Ehefrauen, die noch keine Kinder haben, nicht berücksichtigt werden". (10, S. 995)
Hellmann hält auch den Ruf nach dem Gesetzgeber zur unzweifelhaften Regelung der Sterilisation nicht für richtig. Er meint, es sei ausreichend, von den Betroffenen eine rechtlich verbindliche Einverständniserklärung unterzeichnen zu lassen. Seiner Meinung nach "soll jeder Frauenarzt für seine Indikation zur Tubensterilisation selbstbewußt geradestehen". (10, S. 991)

Obwohl die Diskussion um die Indikation der Sterilisation noch lange nicht abgeschlossen ist, zeigt sich doch die Tendenz einer freizügigeren Handhabung. Dies ist sicherlich in Zusammenhang mit der Diskussion um den § 218 zu sehen. Es zeigt sich sehr deutlich in der enormen Zunahme der durchgeführten Sterilisationen. Bei der Befragung von 17 Kliniken ergaben sich folgende "Mittelwerte der Sterilisationen: 1960 7, 1970 43 und 1974 195 Sterilisationen pro Klinik". (16, S. 930) Insbesondere bezüglich der medizinischen Indikation wird die Durchführung großzügiger gehandhabt. Dabei treten auch sehr stark medizinische kombiniert mit sozialen Gründen in den Vordergrund. Des öfteren gilt auch der erfüllte Kinderwunsch als Indikationsmöglichkeit. So wird an der Städtischen Frauenklinik Nürnberg der Kinderwunsch bei Ehepaaren mit drei und mehr Kindern als erfüllt angesehen, "bei Frauen, die weniger als zwei Kinder haben, sollte zusätzlich eine medizinische Indikation vorliegen." (5, S. 701)
Mende fordert die Einbeziehung sozialer Faktoren, sofern diesen "eine pathogene Wirkung zuzumessen ist". Er hält auch Beispiele für die sozialmedizinische Indikation bereit: "die körperliche und seelische Erschöpfung infolge rasch aufeinanderfolgender Geburten, die Belastungen durch eheliche Schwierigkeiten, unzureichende Wohnverhältnisse, finanzielle Notlagen und dergleichen mehr können eine vorhandene körperliche oder seelische Erkrankung so ungünstig beeinflussen, daß die zusätzliche Belastung durch ein weiteres Kind nicht mehr tragbar ist". Er will aber hiermit keinen

Indikationenkatalog erstellen, sondern hält es für notwendig, daß die Daten zur Indikation in jedem Einzelfall erhoben werden. (18, S. 62)

H.E. Schneider, der eine Untersuchung zu den möglichen Folgen nach der freiwilligen Sterilisation der Frau durchführte, hält es für sinnvoll ein Punktsystem ähnlich dem APGAR-Schema zu entwerfen, "das Aussagen über die Prognose der Unfruchtbarmachung" ermöglicht. (21, S. 1185) Dieses sollte als Hilfsmittel des behandelnden Arztes für die Beurteilung der Frau dienen, die eine Sterilisation wünscht.

Zur Frage der psychischen Verarbeitung einer chirurgischen Kontrazeption nimmt eine Untersuchung an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen und Gießen Stellung. Es wird dabei aufgezeigt, "daß der Eingriff überwiegend positiv verarbeitet wird und bei einem großen Anteil zu einer Verbesserung der Partnerbeziehung führen kann, wenn er die Folge eines reichlich abgewogenen Entscheidungsprozesses ist." Als günstigster Zeitpunkt für die Sterilisation wurde die Zeit im Intervall herausgefunden. Es wird gefordert, daß dem Eingriff ein "ausführliches ärztliches Gespräch" und wenn möglich "auch ein psychologisches Gespräch" vorausgehen sollte. (17, S. 68ff.)

Der Fragebogen

Der Fragebogen war in zwei Teile aufgeteilt. (s.S. 49-51) Der 1. Teil enthielt 50 Fragen zu Person, Familie und weiterer Umwelt der Frau. Der 2. Teil umfaßte 13 Fragen, die in unmittelbarem Zusammenhang zu der bevorstehenden Sterilisation standen. Zusätzlich wurde ein

Test zur Erfassung neurotischer Tendenzen, der sogenannte MMQ und das "Maudsley Personality Inventory als Bestimmer der neurotischen Tendenz und Extraversion" durchgeführt.
Der Fragebogen wurde samt den Beilagen den Frauen am Tag vor der Operation übergeben und es wurde mit ihnen vereinbart, daß alles am folgenden Tag in dem beigefügten zu verschließenden Umschlag abgeholt werden würde.

Die Auswahl der Befragten

Die Untersuchung wurde in dem Zeitraum zwischen Juli 1975 und Mai 1976 durchgeführt. Allen erreichbaren deutschen und ausländischen Frauen wurde freigestellt, den Fragebogen zu beantworten. Ausländerinnen wurden nur befragt, sofern keine Sprachschwierigkeiten bestanden.

Von den 113 befragten Frauen waren 62 zur Sterilisation in die Klinik gekommen. Diese Gruppe wird im folgenden mit "Intervall" bezeichnet. Zwei von diesen Frauen sind Ausländerinnen. Die Sterilisation wurde bei sechs Frauen aus medizinischer und bei den restlichen aus sozialer Indikation durchgeführt.
Eine weitere Gruppe, im folgenden "Interruptio" genannt, umfaßt 28 Frauen. Diese waren zur Interruptio und Sterilisation in die Klinik gekommen. Eine Frau dieses Kollektivs ist Ausländerin. Sowohl die Schwangerschaftsunterbrechung als auch die Sterilisation wurde bei zwei Frauen aus kindlicher Indikation (§ 218 b, Nr. 2) durchgeführt. Bei den restlichen war die Indikation für die Interruptio medizinischer Art (§ 218 b, Nr. 1) und für die Sterilisation sozial begründet. (20)

Die dritte Gruppe, im folgenden "post partum" genannt, ließ die Sterilisation im Wochenbett durchführen. Bei diesen Frauen bestand ausschließlich eine soziale Indikation.

Zur Auswertung

Im ersten Teil der Auswertung (Teil B II) wurden die drei vorgenannten Gruppen in der Beantwortung der Fragen miteinander verglichen. Dies war jedoch nur bei der einzelnen Frage sinnvoll. Wurden zwei Fragen miteinander verknüpft, so konnten keine Aussagen mehr über Unterschiede zwischen den drei Kollektiven gemacht werden. Der Grund dafür ist der zu geringe Umfang sowohl der Gruppe "post partum" als auch der Gruppe "Interruptio". Deshalb wird im Teil B III nur bezüglich des Gesamtkollektivs ein Vergleich angestellt.

Auf eine Einteilung der Befragten in soziale Schichten wurde verzichtet. Der Grund liegt ebenfalls in dem zu kleinen zur Verfügung stehendem Kollektiv. Methode der Wahl wäre die soziale Selbsteinstufung (SSE) von G. Kleining und H. Moore gewesen. Dieses Verfahren "ist validiert, es arbeitet seit mehreren Jahren verläßlich" und "jede Stufe seiner Entwicklung wurde empirisch bestimmt." (15, S. 502)
In Anlehnung an dieses Verfahren wurden die befragten Frauen bei manchen Fragestellungen nach dem Beruf ihres Mannes oder ihres Vaters eingeteilt. Kleining und Moore benutzen die Methode der Selbstklassifizierung. Dabei

"stufen sich männliche Befragte nach ihrem eigenen Beruf, ihrem früheren Beruf oder, falls sie ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben nach dem Beruf ihres Vaters ein. Frauen klassifizieren sich stets nach dem Beruf ihres Mannes oder Vaters". (15, S. 506) Die Autoren des SSE begründen ihre Methode durch "umfangreiche Studien in vielen Ländern", die gezeigt haben, "daß in industrialisierten Gesellschaften der Beruf der am besten diskriminierende einzelne Indikator für sozialen Status ist". (15, S. 511)

Die Statistische Auswertung

Zur Prüfung der Signifikanz wurde die Chi-Quadrat-Methode nach Pearson verwendet. Mit dieser Methode wird beim Vorliegen einer Zufallsstichprobe eine Hypothese über die Verteilung der Variablen in einer Grundgesamtheit überprüft. (4, S. 194) Die sogenannte Nullhypothese lautet: Die beiden untersuchten Variablen sind voneinander unabhängig. Die Alternativhypothese lautet entsprechend: Die Variablen sind voneinander abhängig.
In den vorliegenden Fällen bedeutet dies: Wird die Nullhypothese angenommen, so besteht kein Zusammenhang zwischen den Antworten auf die Frage A und die Frage B, bzw. zwischen den Antworten auf die Frage und der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe. Wird dagegen die Alternativhypothese angenommen, so besteht ein Zusammenhang.

Die Berechnung erfolgt nach der Formel:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^{k} \frac{(f_{b_i} - f_{e_i})^2}{f_{e_i}}$$

Es bedeutet:

f_{b_i} = tatsächliche Häufigkeit der Variablen i

f_{e_i} = erwartete Häufigkeit der Variablen i

$\sum_{i=1}^{k}$ = Summe, begrenzt durch die Variablen i = 1 bis k.

Die Nullhypothese wird dann angenommen, wenn der errechnete Chi-Quadrat-Wert kleiner als der kritische Chi-Quadrat-Wert ist. Der kritische Wert für Chi-Quadrat kann in einer entsprechenden Tabelle für die entsprechende Anzahl der Freiheitsgrade und die vorher festgelegte Irrtumswahrscheinlichkeit nachgeschlagen werden. (4, S. 197) Die für diese Untersuchung festgelegte Irrtumswahrscheinlichkeit beträgt 5%.

Die Tabellierung

Alle aufgeführten Tabellen sind als Mehrfeldertafeln angelegt. Es sind jeweils als Ergebnisse die absoluten Häufigkeiten aufgeführt. Die Zahlen in Klammern ergeben sich aus der reihenweisen Prozentuierung. Durch Aufrunden oder Abrunden bedingt können die Summen der Prozentzahlen von 100% abweichen.
Ergab sich ein signifikantes Ergebnis, so ist der jeweils errechnete Zusammenhang im Text angegeben.

Bei einigen Tabellen konnten die Bedingungen für die Berechnung des Chi-Quadrat-Wertes nicht voll eingehalten werden, was bei den entsprechenden Ergebnissen vermerkt ist. In allen diesen Fällen handelt es sich um Neun-Felder-Tafeln, bei denen in zwei Feldern die erwartete Häufigkeit kleiner als fünf ist. Nach den Bedingungen für die Berechnung des Chi-Quadrat-Wertes dürfen höchstens in einem Fünftel der Felder die erwarteten Häufigkeiten geringer als fünf sein. (4, S. 197) Der berechnete Zusammenhang muß also in diesen Fällen mit einer gewissen Einschränkung betrachtet werden.

B I Die Ergebnisse aus MPI und MMQ

MPI

Das Maudsley Personality Inventory (MPI) wird zur Bestimmung der neurotischen Tendenz und der Extraversion benutzt.
Dem Fragebogen ist für jede Antwortmöglichkeit eine bestimmte Punktezahl zugeordnet, aufgrund derer eine Aussage über die Tendenz der Untersuchten gemacht werden kann.
Die Neurotizismus-Skala ist so angelegt, daß bei einer Punktezahl von 20 - 28 von einer Normalpopulation, bei einer Punktezahl um 30 von Hysterikern und bei ca. 36 Punkten von Psychosomatikern gesprochen werden kann.

Bei der Extraversionsskala liegt die Tendenz zu Introversion bei 18 - 25 Punkten, zur Extraversion zwischen 25 und 32 Punkten.

Ergebnisse: Das arithmetische Mittel der Punkteverteilung der Gruppe der Frauen, die im Wochenbett sterilisiert wurde, beträgt bezüglich den Neurotizismuswerten 22,48, liegt also in dem Bereich, der als normal gelten kann. Die Standardabweichung ist 9,06.
Die Gruppe der Frauen, die auch eine Interruptio durchführen ließen, hat ein arithmetisches Mittel von 25,13, liegt also ebenfalls im Normalbereich. Die Standardabweichung beträgt 8,19.
Die Gruppe der Frauen, die im Intervall sterilisiert wurde, hat

ein arithmetisches Mittel von 23,20, liegt damit auch im Normalbereich. Die Standardabweichung ist 10,18.

Das arithmetische Mittel bezüglich der Extra-Introversions-Werte ist bei der "post partum"-Gruppe 21,61, liegt also im Bereich der Introversion. Die Standardabweichung beträgt 7,86.
Die Gruppe "Interruptio" hat ein arithmetisches Mittel von 22,65, liegt also ebenfalls im Bereich Introversion. Die Standardabweichung ist 8,66.
Die Gruppe "Intervall" hat ein arithmetisches Mittel von 25,54, liegt damit im Bereich der Extraversion. Die Standardabweichung ist 9,03.

MMQ

Der MMQ besteht ebenfalls aus Testfragen, deren Antworten mit einer bestimmten Punktezahl bewertet werden. Dieser Test ist auch aus zwei Teilen aufgebaut. Der eine mißt die neurotische Tendenz, der andere dient der Entlarvung von Simulanten bzw. Dissimulanten.
Bei den Neurotizismus-Werten werden diejenigen mit 0 - 14 Punkten als normal bezeichnet. Bei 15 - 20 Punkten ist die Normalität zweifelhaft, bei 21 - 26 Punkten wird von abnorm gesprochen und bei über 27 Punkten von schwerwiegend abnorm.

Die sogenannte "Lügenliste" ist folgendermaßen aufgebaut:

0 - 2	Punkte	zweifelhaft im Sinne der Dissimulation
3 - 9	Punkte	gelten als normal
10 - 12	Punkte	zweifelhaft im Sinne einer Simulation
ab 13	Punkte	sind die Testbögen uninterpretierbar.

Ergebnisse: Bezüglich der neurotischen Tendenz erreichte die Gruppe "post partum" ein arithmetisches Mittel von 14,50 bei einer Standardabweichung von 7,32, liegt also genau zwischen "normal" und "Normalität zweifelhaft".
Die Gruppe "Interruptio" hat ein arithmetisches Mittel von 16,57 bei einer Standardabweichung von 6,14, die "Normalität" muß also bezweifelt werden.
Die Gruppe "Intervall" hat ein arithmetisches Mittel von 15,68 bei einer Standardabweichung von 6,49, liegt also ebenfalls im Bereich "Normalität zweifelhaft".

Bezüglich der "Lügenliste" kann sowohl die Gruppe "post partum" mit einem arithmetischen Mittel von 8,28 (Standardabweichung = 2,78) als auch die Gruppe "Intervall" mit einem arithmetischen Mittel von 8,61 (Standardabweichung = 2,15) als normal bezeichnet werden.

Die Gruppe "Interruptio" hat ein arithmetisches Mittel von 9,52 und eine Standardabweichung von 2,18, liegt also bereits mehr im Bereich "zweifelhaft" im Sinne einer Simulation.
Damit sind die Werte auf der Neurotizismus-Skala bei dieser Gruppe nur mit Vorbehalt interpretierbar.

B II Die Ergebnisse der Befragung

1. Allgemeine soziologische Daten

Die Altersverteilung der drei Gruppen

	20-30	31-35	36	
post partum	6 (26%)	11 (48%)	6 (26%)	23
Interruptio	2 (7%)	12 (43%)	14 (50%)	28
Intervall	10 (16%)	29 (47%)	23 (37%)	62
	18 (16%)	52 (46%)	43 (38%)	113

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen.

Die Konfession der befragten Frauen

	römisch-kathol.	evang.	andere u. ohne Bek.	
post partum	10 (44%)	13 (56%)	0	23
Interruptio	9 (32%)	17 (61%)	2 (7%)	28
Intervall	21 (34%)	36 (59%)	6 (5%)	61
	40 (36%)	66 (59%)	8 (7%)	112

Hinsichtlich der Religionszugehörigkeit unterscheiden sich die drei Gruppen nicht signifikant.

Die Einwohnerzahl des Wohnortes

	bis 5000	5000-10000	> 10000	
post partum	12 (52%)	2 (9%)	9 (39%)	23
Interruptio	9 (35%)	5 (19%)	12 (46%)	26
Intervall	34 (56%)	8 (13%)	19 (31%)	61
	55 (50%)	15 (14%)	40 (36%)	110

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Das Gesamtbruttoeinkommen der Familie

	bis DM 1500,-	DM 1501,- - 2000,-	über DM 2000,-	
post partum	6 (29%)	2 (10%)	13 (62%)	21
Interruptio	6 (23%)	14 (54%)	6 (23%)	26
Intervall	8 (14%)	16 (27%)	35 (59%)	59
	20 (19%)	32 (30%)	54 (51%)	106

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,01$) zwischen den drei Gruppen: Bei den Einkommen unter DM 2000,- ist die Gruppe der Frauen, die zur Interruptio und Sterilisation in die Klinik kamen, signifikant häufiger vertreten als die beiden anderen Gruppen. Diese sind entsprechend bei den Einkommen über DM 2000,- überrepräsentiert.

Der Beruf der Frau

Hinsichtlich des Berufes ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 22% der befragten Frauen waren ungelernte Arbeiterinnen oder Facharbeiterinnen. Ebensoviele waren Angestellte, Beamte oder Selbständige. 55% waren Hausfrau.

Die Schulausbildung der Frauen

In der Schulausbildung unterschieden sich die Frauen der verschiedenen Gruppen ebenfalls nicht. 72% hatten einen Volksschulabschluß und 28% einen Schulabschluß, der darüber hinausgeht.

Die Herkunft der Frauen

Es ergab sich ebenso kein signifikanter Unterschied bezüglich der Herkunft der Frauen gemessen am Beruf des Vaters. Bei 49% der Frauen war der Vater ungelernter Arbeiter oder Facharbeiter, bei 27% Angestellter oder Beamter und bei 25% war der Vater selbständig.

Der Beruf des Ehemannes/Partners

	ungel.Arb. Facharbeit.	Angest./Beamt. d. einf./mittl. Dienstes	Ang./Beamt. d. höh. Dienstes Selbständige	
post partum	9 (41%)	7 (32%)	6 (27%)	22
Interruptio	17 (71%)	1 (4%)	6 (25%)	24
Intervall	28 (48%)	9 (16%)	21 (36%)	58
	42 (40%)	17 (16%)	33 (32%)	104

Hinsichtlich des Berufs des Ehemannes zeigen die drei Gruppen einen signifikanten Unterschied ($p < 0,025$): Von den Frauen, die zur Interruptio und Sterilisation in die Klinik kamen, haben signifikant mehr einen ungelernten Arbeiter oder Facharbeiter zum Ehemann. Die Frauen, bei denen die Sterilisation im Wochenbett (post partum) durchgeführt wurde, sind in dem Kollektiv mit dem Mann als Angestellten oder Beamten des einfachen und mittleren Dienstes überrepräsentiert.

---

2. Die Wohnverhältnisse der Frauen

Die befragten drei Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der Wohnverhältnisse voneinander. 51% der Frauen haben ein eigenes

Haus oder eine Eigentumswohnung, 49% wohnen in Miete. 4% der befragten Frauen haben eine 1 - 2 Zimmerwohnung, 46% eine 3 - 4 Zimmerwohnung und 50% eine Wohnung mit mehr als 4 Zimmern.

---

3. Finanzielle Belastungen

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 58% der befragten Frauen hatten zum Zeitpunkt des Eingriffs keine finanzielle Belastungen. 22% hatten durch den Bau eines Eigenheimes bedingt finanzielle Belastungen und die restlichen 20% bedingt durch verschiedene Ursachen.

---

4. Kindheit und Jugend der Befragten

Die Zahl der Geschwister der Frauen

Hinsichtlich der Anzahl der Geschwister ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen. 10% hatten keine, 22% ein Geschwister, 40% 2 - 3 und 28% der befragten Frauen 4 und mehr Geschwister.

Das Alter der Frauen bei ihrer sexuellen Aufklärung

Es ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. 54% der befragten Frauen waren jünger, der Rest älter als 14 Jahre zum Zeitpunkt ihrer Aufklärung.

Form bzw. Person, durch die die Aufklärung erfolgte

Bei der Beantwortung dieser Frage ergaben sich ebenso keine Unterschiede zwischen den Gruppen. 40% wurden entweder nur durch die Mutter oder durch beide Elternteile aufgeklärt. 19% wurden durch den jetzigen Ehemann/Partner aufgeklärt. Bei 41% erfolgte die Aufklärung durch Freunde, Bücher oder "auf der Straße".

---

5. Daten zur Heirat

Heiratsalter

	bis 21	22-25	26 u. ält.	
post partum	11 (48%)	5 (22%)	7 (30%)	23
Interruptio	10 (38%)	9 (35%)	7 (27%)	26
Intervall	36 (61%)	20 (34%)	3 (5%)	59
	57 (53%)	34 (31%)	17 (16%)	108

Beim Heiratsalter ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0{,}025$): Im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen haben von den Frauen, die die Sterilisation im Intervall durchführen ließen, signifikant mehr im Alter von 21 Jahren oder jünger geheiratet.

Das Eintreten einer Schwangerschaft vor der Heirat

	ja	nein	
post partum	9 (39%)	14 (61%)	23
Interruptio	21 (78%)	6 (22%)	27
Intervall	27 (47%)	31 (53%)	58
	57 (53%)	51 (47%)	108

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,025$) zwischen den drei Gruppen: Signifikant mehr Frauen der Gruppe, die zwecks Interruptio und Sterilisation in die Klinik kamen, waren vor ihrer Heirat schwanger.

Austragen der vorehelichen Schwangerschaft

Es ergab sich kein Unterschied zwischen den drei Gruppen. 93% der Frauen, die vor ihrer Heirat schwanger wurden, trugen diese Schwangerschaft auch aus.

Heiratszeitpunkt beim Eintreten einer Schwangerschaft vor der Heirat

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 80% der Frauen, die vor ihrer Heirat schwanger wurden, heirateten noch während der Schwangerschaft.

---

6. Die Frau als Hausfrau

Bewältigung des Haushalts

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen festgestellt werden. 74% der befragten Frauen hatten das Gefühl, daß sie den Haushalt ohne weiteres bewältigen. 26% meinten, daß ihnen die Arbeit im Haushalt zuviel wird bzw., daß sie die Arbeit im Haushalt nur noch mit einer Hilfe bewältigen können.

Mithilfe des Ehemannes/Partners im Haushalt

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied. Bei 66% hilft der Mann "überhaupt nicht" bis "ein wenig" und bei 34% "mittelmäßig" bis "viel" im Haushalt mit.

Sofern der Ehemann/Partner im Haushalt mithilft, tut er es

I freiwillig und gern
II weniger gern, er fühlt sich aber verpflichtet
III nur auf den ausdrücklichen Wunsch der Frau

	I	II	III	
post partum	16 (76%)	4 (19%)	1 (5%)	21
Interruptio	9 (36%)	6 (24%)	10 (40%)	25
Intervall	38 (64%)	11 (19%)	10 (17%)	59
	63 (60%)	21 (20%)	21 (20%)	105

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,01$), der nur mit einer gewissen Einschränkung als solcher betrachtet werden kann (s. S. 11): In den Haushalten der Frauen, die zur Interruptio und Sterilisation in die Klinik kamen, hilft der Mann weniger gern im Haushalt mit.

---

7. Die Frau und ihr(e) Kind(er)

Die Anzahl der Kinder

	0-1 Kind	2-3 Kinder	4 und mehr Kinder	
post partum	0	15 (65%)	8 (35%)	23
Interruptio	3 (11%)	17 (63%)	7 (26%)	27
Intervall	8 (13%)	40 (66%)	13 (21%)	61
	11 (10%)	72 (65%)	28 (25%)	111

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei befragten Gruppen.

Problembewältigung mit den Kindern

Zwischen den drei Gruppen ergab sich kein signifikanter Unterschied. Bei 71% der befragten Frauen kommen die Kinder, sofern sie Probleme haben nur zur Mutter. Bei den restlichen 29% kommen sie zur Mutter und zum Vater.

Die Aufklärung der Kinder

Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Sofern die Kinder bereits aufgeklärt wurden, geschah dies bei 42% allein durch die Mutter und bei 45% durch die Mutter und den Vater. Bei den restlichen 13% wurden die Kinder bisher von keinem aufgeklärt.

---

8. Das Verhältnis zum Ehemann/Partner

Der Ehemann/Partner kümmert sich um die Frau

	kaum/ zu wenig	sehr	
post partum	5 (22%)	18 (78%)	23
Interruptio	11 (44%)	14 (56%)	25
Intervall	13 (21%)	48 (79%)	61
	29 (27%)	80 (73%)	109

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied. Man kann jedoch in der obigen Tabelle beim Vergleich der drei Gruppen die Tendenz der Gruppe Interruptio zu einem relativ schlechteren Verhältnis zu den Ehemännern/Partnern erkennen.

Die Zufriedenstellung der Frau in der Beziehung zu ihrem Ehemann/Partner

I Die Frau ist einigermaßen zufrieden
II Die Frau ist sehr zufrieden

	I	II	
post partum	6 (27%)	16 (73%)	22
Interruptio	15 (58%)	11 (42%)	26
Intervall	24 (41%)	35 (59%)	59
	45 (42%)	62 (58%)	107

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied. Die Tendenz der vorigen Tabelle zu einem schlechteren Verhältnis zu dem Ehemann/Partner bei der Gruppe Interruptio zeigte sich auch bei dieser Fragestellung.

Problembewältigung zwischen der Frau und ihrem Ehemann/Partner

Hinsichtlich der Frage, ob größere Probleme mit dem Mann besprochen werden können, ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 19% der befragten Frauen können größere Probleme mit ihrem Ehemann/Partner "nie" bis "gelegentlich", 15% "fast immer" und 66% "immer" besprechen.

---

9. Das Sexualverhalten

Vorehelicher Geschlechtsverkehr

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied. 19% der befragten Frauen hatten mit keinem Mann vorehelichen Verkehr. 39% nur mit dem jetzigen Ehemann und 42% mit einem oder mit mehreren anderen Partnern.

Bewältigung sexueller Probleme zusammen mit dem Ehemann/Partner

Hinsichtlich der Beantwortung der Frage zu diesem Problem ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 15% der befragten Frauen können sexuelle Problem "nie - selten" mit ihrem Ehemann/Partner besprechen. 21% können dies "fast immer" und 63% können dies "immer".

Koitusfrequenz mit Ehemann/Partner

I 3 mal wöchentlich und häufiger
II 1-2 mal wöchentlich
III 1-2 mal im Monat und seltener

	I	II	III	
post partum	1 (5%)	13 (59%)	8 (36%)	22
Interruptio	3 (11%)	12 (44%)	12 (44%)	27
Intervall	10 (17%)	41 (68%)	9 (15%)	60
	14 (13%)	66 (61%)	29 (27%)	109

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$), der allerdings nur mit einer gewissen Einschränkung als solcher betrachtet werden kann (s. S. 11):
Die höchste Koitusfrequenz haben die Frauen, die im Intervall zur Sterilisation in die Klinik kamen. Diese Gruppe unterscheidet sich signifikant von den beiden anderen.

Häufigkeit eines Orgasmus beim Geschlechtsverkehr

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen hinsichtlich der Beantwortung dieser Frage. 35% der befragten Frauen gaben an "nie - selten" einen Orgasmus beim Verkehr zu haben. 47% haben "fast jedes Mal" und 18% "jedes Mal" einen Orgasmus.

---

10. Freizeitgestaltung

Häufigkeit der Urlaubsreisen pro Jahr

Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander. 33% der befragten Frauen machen keine Urlaubsreisen und 67% verreisen einmal und häufiger im Jahr.

H bbys

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 35% der Frauen haben verschiedene Hobbys und auch die Zeit, diesen nachzugehen. 65% haben keine Hobbys oder keine Zeit, irgendwelchen nachzugehen.

Kontakt zu Nachbarn und Freunden

Es ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den drei untersuchten Gruppen. 69% der befragten Frauen pflegen keinen Kontakt zu Nachbarn und Freunden. Die restlichen 31% pflegen Kontakt.

11. Familienplanung

Planung des letzten Kindes

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 62% der befragten Frauen hatten ihr letztes Kind nicht geplant. Die restlichen 38% hatten ihr letztes Kind geplant.

Die für ideal erachtete Kinderzahl

Hinsichtlich der Beantwortung dieser Frage bestand weitgehende Übereinstimmung zwischen den drei Gruppen. 10% hielten 0 - 1 Kind, 85% 2 - 3 Kinder und 5% 4 und mehr Kinder für ideal.

Die Antikonzeptionsmethoden der Frauen.

Die folgende Tabelle zeigt die Antikonzeptionsmethoden der befragten Frauen. Bei der Beantwortung der Frage waren Mehrfachantworten möglich.
Als Ergebnis kann die Tendenz der Frauen der Gruppe Intervall zu den sicheren Verhütungsmethoden Spirale und Pille festgestellt werden. Beide anderen Gruppen hatten zu einem wesentlich kleineren Teil Erfahrung mit diesen Methoden.

Ein Ergebnis dieser Tabelle bedarf noch einiger Erläuterungen: Bei den 11 Frauen, die zur Interruptio und Sterilisation in die Klinik kamen und bei der Befragung orale Kontrazeptiva als Verhütungsmittel angaben, stellt sich die Frage nach sogenannten Pillenversagern.
Es ist jedoch keiner darunter. Zwei dieser

elf Frauen machten einen Einnahmefehler und die restlichen neun hatten die Pille seit mindestens vier Wochen vor dem Eintreten der Schwangerschaft nicht mehr genommen.

Anzahl der Frauen, die die Frage beantworteten	23	27	60	110
Pessar	0	0	2 (3%)	2 (2%)
chem. Verhütungsmittel	1 (4%)	2 (7%)	2 (3%)	5 (5%)
Spirale	1 (4%)	2 (7%)	7 (12%)	10 (9%)
Pille	11 (48%)	11 (41%)	46 (78%)	68 (62%)
Kondom	9 (39%)	5 (19%)	14 (23%)	28 (25%)
Temperatur	0	1 (4%)	1 (2%)	2 (2%)
sichere/ unsichere Tage	9 (39%)	6 (22%)	4 (7%)	19 (17%)
Koitus interruptus	8 (35%)	9 (33%)	12 (20%)	29 (26%)
keine	4 (17%)	5 (19%)	8 (13%)	17 (15%)
	post partum	Interruptio	Intervall	

Einschätzung der Verläßlichkeit der bisher angewandten Verhütungsmethode

	absolut sicher	nur bedingt	nicht sicher	
post partum	4 (18%)	12 (55%)	6 (27%)	22
Interruptio	8 (35%)	13 (57%)	2 (9%)	23
Intervall	32 (52%)	26 (43%)	3 (5%)	61
	44 (42%)	51 (48%)	11 (10%)	106

Die drei Gruppen von Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Beantwortung dieser Frage signifikant ($p < 0,01$) voneinander: Als am unsichersten betrachtet die Gruppe der Frauen, die im Wochenbett sterilisiert wurde, ihre bisher angewandte Verhütungsmethode. Die Gruppe der Frauen, die im Intervall sterilisiert wurde, wähnt sich am sichersten mit der bisher angewandten Methode der Kontrazeption.

Anzahl der Fehlgeburten

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 71% der befragten Frauen hatten keine Fehlgeburt gehabt. Die restlichen 29% hatten eine oder sogar mehr Fehlgeburten gehabt.

Bisher durchgeführte Interruptio

Es ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen. 87% der befragten Frauen hatten bisher keine Interruptio durchführen lassen.

12. Die Sterilisation

Der Entschluß zur Sterilisation wurde zuerst besprochen mit

	Ehemann/ Partner	Arzt	
post partum	19 (83%)	4 (17%)	23
Interruptio	7 (26%)	20 (74%)	27
Intervall	32 (53%)	28 (47%)	60
	58 (53%)	52 (47%)	110

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,01$) zwischen den drei Gruppen: Während die Frauen der Gruppe post partum den Entschluß zu dem Eingriff größtenteils zuerst mit ihrem Ehemann/Partner besprachen, wurde das erste Gespräch bei den Frauen der Gruppe Interruptio überwiegend mit dem Arzt geführt. Bei den Frauen der Gruppe Intervall ist das Verhältnis nahezu ausgeglichen.

Der Zeitpunkt des ersten Gesprächs über die Sterilisation

	Monate, vor denen das erste Gespräch geführt wurde:			
	1 - 2	3 - 6	mehr als 6	
post partum	7 (30%)	6 (26%)	10 (43%)	23
Interruptio	22 (79%)	0	6 (21%)	28
Intervall	19 (32%)	12 (20%)	29 (48%)	60
	48 (43%)	18 (16%)	45 (41%)	111

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,001$): Die Gruppe der Frauen, die zur Interruptio und Sterilisation in die Klinik kam, unterscheidet sich in der Beantwortung dieser Frage sehr stark von den beiden anderen Gruppen. Bei ca. 3/4 dieser Gruppe sind seit dem ersten Gespräch über die Sterilisation und dem Eingriff selbst erst 1 - 2 Monate vergangen. Bei mehr als 2/3 der beiden anderen Gruppen liegt ein längerer Zeitraum zwischen dem ersten Gespräch und der Sterilisation.

Anzahl der Ärzte, mit denen über die Sterilisation gesprochen wurde

	ein Arzt	mehrere	
post partum	19 (86%)	3 (14%)	22
Interruptio	19 (68%)	9 (32%)	28
Intervall	33 (55%)	27 (45%)	60
	71 (65%)	39 (35%)	110

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen den drei Gruppen: Von den Frauen, die sich im Intervall sterilisieren ließen, haben die meisten mit mehreren Ärzten gesprochen. Von den Frauen, die sich im Wochenbett sterilisieren ließen, haben dies die wenigsten getan.

Die Frau hat eine Bekannte, bei der bereits eine Sterilisation durchgeführt wurde

	ja	nein	
post partum	16 (70%)	7 (30%)	23
Interruptio	7 (27%)	19 (73%)	26
Intervall	28 (47%)	32 (53%)	60
	51 (47%)	58 (53%)	109

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0{,}025$): Bei der Gruppe der Frauen, die zwecks Interruptio und Sterilisation in die Klinik kamen, haben signifikant weniger eine Bekannte, die bereits eine Sterilisation durchführen ließ.

Von den Frauen genannte Gründe, die sie zur Sterilisation veranlaßten

Es konnte keine Signifikanz errechnet werden. 11% der befragten Frauen gaben als Grund zur Sterilisation finanzielle Überlastung, 63% einen erfüllten Kinderwunsch, 38% Pillenunverträglichkeit, 21% Arbeitsüberlastung an. 42% der Frauen hatten sonstige Gründe noch zusätzlich oder allein.
Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Die Frau glaubt, durch den Eingriff von ihrem Mann unabhängiger zu werden

Es konnte keine Signifikanz errechnet werden. 11% der befragten Frauen glaubten, durch den Eingriff von ihrem Ehemann/Partner unabhängiger zu werden. 70% glaubten es nicht und die restlichen wußten keine Antwort.

Die Frau glaubt, daß sich der Eingriff auf ihr sexuelles Verhalten auswirken könnte

Es konnte keine Signifikanz errechnet werden. 33% glaubten, daß die Sterilisation keinen Einfluß auf ihr sexuelles Verhalten haben könnte. 28% glaubten, der Eingriff könnte sich positiv auswirken. 2 der befragten Frauen glaubten, er könnte sich negativ auswirken. 37% der Frauen hatten keine Vorstellung davon, ob sich der Eingriff auf ihr sexuelles Verhalten auswirken könnte.

B III Zusammenhänge zwischen verschiedenen Parametern

Der Zusammenhang zwischen der vorhandenen Kinderzahl und der Planung des letzten Kindes

	letztes Kind war nicht geplant	geplant	
0 - 1 Kind	2 (20%)	8 (80%)	10
2 - 3 Kinder	42 (58%)	30 (42%)	72
4 und mehr	24 (86%)	4 (14%)	28
	68 (62%)	42 (38%)	110

Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0{,}001$): Die Zahl der vorhandenen Kinder ist stark abhängig von der Planung des letzten Kindes. Je mehr Kinder in der jeweiligen Familie vorhanden sind, umso stärker steigt der Prozentsatz des jüngsten nicht geplanten Kindes.

Der Zusammenhang zwischen der vorhandenen Kinderzahl und der für ideal erachteten Kinderzahl

	Für ideal erachtete Zahl 0 - 1	2 - 3	4 u. mehr	
0 - 1 Kind	5 (50%)	5 (50%)	0	10
2 - 3 Kinder	6 (8%)	65 (90%)	1 (1%)	72
4 und mehr	1 (4%)	22 (81%)	4 (15%)	27
	12 (11%)	92 (84%)	5 (5%)	109

Ein überwiegender Teil der befragten Frauen hält die 2-3-Kinder-Familie für ideal, gleichgültig wieviel Kinder in der Familie vorhanden sind.

Der Zusammenhang zwischen dem Eintreten einer vorehelichen Schwangerschaft und dem Alter der Aufklärung

	Alter der Aufklärung bis 14 Jahre	älter als 14	
Schwangerschaft vor der Heirat	24 (44%)	31 (56%)	55
Keine Schwangerschaft vor der Heirat	32 (64%)	18 (36%)	50
	56 (53%)	49 (47%)	105

Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,05$): Bei den Frauen, die älter als 14 Jahre bei ihrer Aufklärung waren, trat gehäuft eine voreheliche Schwangerschaft ein.

Der Zusammenhang zwischen dem Eintreten einer vorehelichen Schwangerschaft und der Herkunft der Frau - gemessen am Beruf des Vaters

Der Vater ist: I Arbeiter, Facharbeiter
II Angestellter, Beamter
III selbständig

	I	II	III	
Schwangerschaft vor der Heirat	32 (60%)	9 (17%)	12 (23%)	53
Keine Schwangerschaft vor der Heirat	16 (33%)	20 (41%)	13 (27%)	49
	48 (47%)	29 (28%)	25 (25%)	102

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,01$): Stark überrepräsentiert bei den Frauen mit einer vorehelichen Schwangerschaft sind diejenigen, deren Vater Arbeiter oder Facharbeiter ist.

Der Zusammenhang zwischen der Problemverarbeitung mit den Kindern und deren Aufklärung

I Die Kinder wurden von der Mutter aufgeklärt
II Sie wurden von Mutter und Vater aufgeklärt
III Sie wurden von keinem aufgeklärt

	I	II	III	
Haben die Kinder Probleme, kommen sie zur Mutter	38 (55%)	23 (33%)	8 (12%)	69
Haben die Kinder Probleme, kommen sie zu beiden	3 (11%)	20 (71%)	5 (18%)	28
	41 (42%)	43 (44%)	13 (13%)	97

Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0{,}001$): Sofern die Kinder Probleme haben, kommen sie überwiegend zu der Person, die sie aufklärte.

Der Zusammenhang zwischen der Sorge des Ehemanns/ Partners um die Frau und der Einstellung der Frau zu der Beziehung zu dem Ehemann/Partner

	Die Frau fühlt sich in der Beziehung zu dem Partner		
	einigermaßen zufrieden	sehr zufrieden	
Der Mann kümmert sich kaum - zu wenig um d. Frau	23 (85%)	4 (15%)	27
Der Mann kümmert sich sehr um die Frau	20 (26%)	58 (74%)	78
	43 (41%)	62 (59%)	105

Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,001$): Kümmert sich der Mann kaum bis zu wenig um die Frau, so sind in der Verteilung die Frauen signifikant mehr vertreten, die sich in der Beziehung zu ihrem Partner nur einigermaßen zufrieden fühlen. Kümmert sich der Mann sehr um die Frau, so sind diese Frauen zu einem überwiegenden Teil auch sehr mit ihrer Partnerbeziehung zufrieden.

Der Zusammenhang zwischen der Sorge des Ehemannes/Partners um die Ehefrau und der Problembewältigung zwischen beiden

	Die Frau kann größere Probleme mit dem Mann besprechen:			
	nie - gelegentlich	fast immer	immer	
Der Mann kümmert sich kaum - zu wenig um d. Frau	19 (66%)	5 (17%)	5 (17%)	29
Der Mann kümmert sich sehr um die Frau	2 (3%)	11 (14%)	67 (84%)	80
	21 (19%)	16 (15%)	72 (66%)	109

Es ergab sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,001$): Kümmert sich der Mann kaum bis zu wenig um die Frau, so kann die Frau nie bis gelegentlich mit ihrem Mann über größere Probleme sprechen. Kümmert sich der Mann dagegen sehr um die Frau, so kann der überwiegende Teil der Frauen größere Probleme immer mit dem Mann besprechen.

Der Zusammenhang zwischen der Sorge des Ehemannes/ Partners um die Frau und der Verarbeitung sexueller Probleme zwischen beiden

	Die Frau kann sexuelle Probleme mit dem Mann besprechen:			
	nie - selten	fast immer	immer	
Der Mann kümmert sich kaum - zu wenig um d. Frau	14 (48%)	10 (34%)	5 (17%)	29
Der Mann kümmert sich sehr um die Frau	3 (4%)	13 (16%)	64 (80%)	80
	17 (16%)	23 (21%)	69 (63%)	109

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0{,}001$), der mit dem in der vorigen Tabelle nahezu identisch ist.

Der Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt des ersten Gesprächs über die Sterilisation und der Person, mit der darüber gesprochen wurde

	Zum ersten Mal wurde über die Sterilisation gesprochen mit:		
	Ehemann/ Partner	Arzt	
Das erste Gespräch war vor:			
1-2 Monaten	11 (24%)	35 (76%)	46
3-6 Monaten	10 (56%)	8 (44%)	18
länger als 6 Monaten	36 (82%)	8 (18%)	44
	57 (53%)	51 (47%)	108

Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0{,}001$): Je kürzer das erste Gespräch über die Sterilisation her ist, umso eher wurde dieses Gespräch mit dem Arzt geführt.

C Diskussion und Zusammenfassung

Die vergleichende Darstellung und Diskussion der Ergebnisse dieser Studie ist nur in begrenztem Umfang möglich, da es an präoperativ erhobenen Daten dieser Art fehlt. Auch Petersen mußte feststellen, daß "prospektive Untersuchungen im strengen Sinne fehlen". (19, S. 15) Die einzig auffindbare, präoperativ erstellte ist die von Khorana aus Indien. (14) Mit dieser kann jedoch kein Vergleich durchgeführt werden, da sowohl die Untersuchung selbst als auch das Kollektiv der befragten Frauen andersartig strukturiert sind.
Prospektive Studien im weiteren Sinne, d.h. postoperativ erstellte, gibt es mehrere. (1, 2, 7, 8, 11, 12, 17) Diese entstanden jedoch alle zu einem Zeitpunkt, der nicht mehr die aktuelle belastende Situation, in welcher die jeweiligen Frauen vor der Sterilisation standen, widerspiegeln kann.
Die Aufgabe dieser Arbeit ist, die psychologische und soziologische Situation von Frauen darzustellen, die vor einer freiwilligen Tubensterilisation stehen. Es sollte auch herausgefunden werden, ob eine Gruppe von Befragten zusätzlichen Stressfaktoren ausgesetzt ist, durch die diese Frauen hinsichtlich der psychischen Verarbeitung der Sterilisation gefährdet sein könnten.

Hinsichtlich mehrerer allgemein-soziologischer Daten unterscheidet sich das befragte Kollektiv von den Daten der Gesamtbevölkerung der BRD bzw. des Landes Baden-Württemberg, jedoch nicht

von denen des Einzugsgebietes der Universitäts-Frauenklinik Tübingen. Der hohe Anteil von 59% an Frauen, die evangelisch sind (in Baden-Württemberg sind 44% der Bevölkerung evangelisch), sowie die vorwiegende Herkunft der Frauen aus ländlichen Gemeinden (in der BRD sind 15% der Privathaushalte in Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohner zu finden) entspricht durchaus den Gegebenheiten von Tübingen und seiner weiteren Umgebung. (22, S. 61 ff.)

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, daß die Frauen, welche zur Interruptio und Sterilisation in die Klinik kamen, zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs im Vergleich zu den anderen Frauen vermehrt belastenden Faktoren ausgesetzt waren.
So kommen diese Frauen häufiger aus niederem sozialen Milieu, damit verbunden haben die Familien ein niederes Einkommen und vermehrt finanzielle Belastungen.
Die folgenden Daten werden dies verdeutlichen: Während bei 41% bzw. 48% der beiden anderen untersuchten Gruppen ("post partum" und "Intervall") der Ehemann Arbeiter ist, sind es bei dieser immerhin 71%. Damit unterscheidet sich die Gruppe "Interruptio" signifikant ($p < 0{,}025$) von den zwei weiteren Kollektiven.
Bei dem Gesamtbruttoeinkommen der Familie verhalten sich die Zahlen ähnlich. 77% der Gruppe "Interruptio" haben ein Einkommen unter DM 2000,-. Bei den beiden anderen Gruppen sind es ungefähr 40%. Als Vergleich zur allgemeinen Einkommenslage mögen die Daten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsförderung (DIW)

dienen: Im Jahre 1976 war das Durchschnittseinkommen in einem selbständigen Haushalt DM 6565,- im Monat, in einem Angestelltenhaushalt DM 2695,- und in einem Arbeiterhaushalt DM 2300,-. (6)
Mit beiden vorstehenden Feststellungen geht die finanzielle Belastung der Familie konform. 60% der Gruppe "Interruptio" haben finanzielle Belastungen, die sich bei zwei Dritteln aus größeren Anschaffungen, der Ausbildung der Kinder oder sonstigen Ausgaben zusammensetzen. Bei den beiden anderen Gruppen haben ungefähr 36% finanzielle Belastungen, wobei bei beiden Gruppen diese bei mehr als 50% durch einen Hausbau bedingt sind.

Ein weiterer Punkt, in dem sich die Gruppe "Interruptio" von den beiden anderen unterscheidet, ist das Eintreten einer vorehelichen Schwangerschaft. Dieses Merkmal konnte zum einen direkt durch Vergleich der drei Gruppen dargestellt werden, zum anderen konnte auch ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,01$) zwischen dem Eintreten einer vorehelichen Schwangerschaft und der niederen sozialen Herkunft nachgewiesen werden. Ein weiterer Zusammenhang besteht zwischen dem Eintreten einer vorehelichen Schwangerschaft und dem Alter der sexuellen Aufklärung derart, daß bei Frauen, die bei ihrer Aufklärung älter als 14 Jahre waren, vermehrt eine voreheliche Schwangerschaft eintrat. Zu diesen Punkten ist auch das insgesamt niedrige Heiratsalter der befragten Frauen nicht außer Acht zu lassen.

Die nachstehenden Ergebnisse mögen die aufgeführten Feststellungen erhärten: Bei der Gruppe "Interruptio" trat bei signifikant mehr Frauen ($p < 0,025$) und zwar bei 78% gegenüber 39% und 47% der beiden anderen Gruppen eine voreheliche Schwangerschaft ein. Insgesamt gesehen hatten über 50% aller befragten Frauen eine voreheliche Schwangerschaft.
Nach der sozialen Herkunft (gemessen am Beruf des Vaters) ergaben sich wiederum deutliche Unterschiede. Bei 60% der Frauen, deren Vater Arbeiter oder Facharbeiter war, bei 17% von denjenigen, deren Vater Angestellter oder Beamter war und bei 23% der Frauen, deren Vater selbständig tätig war, trat eine voreheliche Schwangerschaft ein.
Hinsichtlich des Heiratsalters läßt sich feststellen, daß mehr als 50% der befragten Frauen 21 Jahre oder jünger waren als sie heirateten. Bei der Gruppe der Frauen, die im Intervall sterilisiert wurde, sind es sogar 61%. Im Vergleich dazu: Das durchschnittliche Heiratsalter der Frauen, die vorher ledig waren, betrug 1974 in der BRD 22,9 Jahre. (22, S. 68)

Ein zusätzlicher belastender Faktor für die Gruppe "Interruptio" besteht in der Tendenz dieser Frauen zu einem schlechteren Verhältnis zu dem Ehemann bzw. Partner.
Immerhin gaben doppelt so viele Frauen der Gruppe "Interruptio", nämlich 44%, als Frauen der jeweiligen anderen Gruppe an, daß sich der Ehemann bzw. Partner kaum oder gar zu wenig um sie kümmert. Auf die direkte Frage, wie zufrieden sie in der Beziehung zu ihrem

Ehemann/Partner wäre, gaben 58% der Frauen der Gruppe "Interruptio" an, daß sie nur einigermaßen zufrieden wären. Bei beiden anderen Gruppen waren es deutlich weniger, die mit dieser schlechteren der zwei Auswahlkriterien antworteten. Ein sehr starker Zusammenhang ($p < 0,001$) konnte zwischen der Sorge des Ehemannes bzw. Partners um die Frau und sowohl der Zufriedenheit der Frau in der Beziehung zu dem Mann, als auch mit der Problembewältigung beider Partner nachgewiesen werden.

Bezüglich der Beratung und dem Entschluß zur Sterilisation zeigt die Gruppe "Interruptio" ebenfalls unterschiedliche Ergebnisse im Vergleich zu den beiden anderen Kollektiven.
Beim größten Teil dieser Frauen besteht eine enge Beziehung zwischen dem Eintreten der Schwangerschaft, dem Auftauchen der Möglichkeit einer Sterilisation und der Person eines Arztes. Diese Frauen standen vermutlich unter einem Entscheidungszwang.
So sprachen 79% der Gruppe "Interruptio" gegenüber 30% bzw. 32% der beiden anderen Gruppen erst 1 - 2 Monate vor dem Eingriff das erste Mal über die Sterilisation. 74% dieser Gruppe führten dieses erste Gespräch mit einem Arzt. 83% der Gruppe "post partum" und 53% der Gruppe "Intervall" führten die erste Unterredung mit dem Ehemann.
Betrachtet man noch zusätzlich den signifikanten Zusammenhang ($p < 0,001$) zwischen dem 1. Gespräch und der Person, mit der dieses geführt wurde (je näher der Zeitpunkt dieser Unterredung zum Eingriff liegt, umso eher wurde diese

mit einem Arzt geführt), so läßt sich schließen, daß bei der ärztlichen Beratung zur Interruptio die Frauen gleichzeitig mit dem Thema der Sterilisation bekanntgemacht wurden. Bei dem größten Teil der Gruppen "post partum" und "Intervall" lief der Entscheidungsprozeß bereits mehrere Monate. Beide Gruppen haben sich offensichtlich auch intensiver mit der Sterilisation befaßt. Während ein verhältnismäßig großer Teil (45%) der Frauen, die sich im Intervall sterilisieren ließ, mit mehreren Ärzten über den Eingriff sprach, hatten übermäßig viele (70%) der Frauen der Gruppe "post partum" eine Bekannte, bei der schon eine Sterilisation durchgeführt wurde.

Weitgehende Übereinstimmung zwischen den drei untersuchten Kollektiven besteht hinsichtlich der für ideal erachteten Familiengröße. So halten 85% der befragten Frauen eine Familie mit zwei bis drei Kindern für ideal. Von den Frauen, die weniger als zwei Kinder haben, halten immerhin 50% zwei bis drei Kinder für besser. Eine Gruppe von Frauen also, die nur noch durch Adoption die von ihr für ideal erachtete Kinderzahl erreichen kann. 81% der kinderreichen Frauen halten die kleinere 2 - 3 Kinderfamilie für besser. Die für überwiegend ideal erachtete Kinderzahl von zwei bis drei hat sich auch in der umfangreichen Untersuchung von Jürgens bestätigt. (13) Gefragt nach der Planung des letzten Kindes, erklärten 62% der Frauen, daß sie ihr letztes Kind nicht geplant hatten. In dieser Untersuchung hat sich gezeigt, daß die Planung des letzten Kindes mit der Anzahl der bereits vorhandenen Kinder sehr stark abnimmt.

Die drei untersuchten Kollektive von Frauen zeigten recht unterschiedliche Ergebnisse bezüglich ihrem bisherigen Antikonzeptionsverhalten. Eindeutig die beste, d.h. auch die sicherste Antikonzeption betrieb die Gruppe der Frauen, die sich im Intervall sterilisieren ließ. So hat, im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen, diese zu einem größeren Teil die sicheren Methoden verwendet und zu einem kleineren Teil die unsicheren.

78% der Gruppe "Intervall" gegenüber 41% bzw. 48% der beiden anderen Gruppen nahmen die Pille. Diese beiden Gruppen hatten zudem diese Antikonzeptionsmethode nicht konsequent bis zum Eintritt der Schwangerschaft durchgeführt. 12% der Gruppe "Intervall" gegenüber 7% bzw. 4% der beiden anderen Gruppen hatten bereits einmal eine Spirale. Die Methode des Ausrechnens der sicheren/unsicheren Tage verwandten 7% der Gruppe "Intervall" im Vergleich zu 22% bzw. 39% der beiden anderen untersuchten Kollektive. Koitus interruptus als Methode verwandten 20% der Gruppe "Intervall" gegenüber 33% und 35% der beiden anderen.

Diese Ergebnisse spiegeln sich darin wieder, für wie verläßlich die befragten Frauen ihre bisherige Antikonzeptionsmethode hielten.

50% der Frauen der Gruppe "Intervall" hielten ihre bisherige Methode für absolut sicher. Dies taten nur 18% der Gruppe "post partum" und immerhin noch 35% der Gruppe "Interruptio". Die Angaben der Gruppe "Interruptio" sind sicherlich auch unter dem Aspekt zu betrachten, daß diese Frauen noch unter

dem Eindruck der Antragstellung zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs standen. Es liegt immerhin ein gewisser Widerspruch darin, daß 35% der Frauen dieser Gruppe ihre bisherige Methode zur Schwangerschaftsverhütung für absolut sicher hielten, jedoch keine eine der sicheren Antikonzeptionsmethoden konsequent durchführte.

Aus dem bisher Aufgeführten ist zu sehen, daß die Gruppe der Frauen, die zur Interruptio und Sterilisation in die Klinik kamen, bereits vor Durchführung des Eingriffs vermehrt belastenden Faktoren ausgesetzt war. Diese Gruppe kommt überwiegend aus niederem sozialen Milieu, hat ein niedrigeres Einkommen und häufiger finanzielle Belastungen. Bei dieser Gruppe trat vermehrt eine voreheliche Schwangerschaft auf. Insgesamt bestand ein niedriges Heiratsalter. Die These, daß insbesondere bei dieser Gruppe vermehrt sogenannte Mußehen entstanden, läßt sich auch durch die Tendenz dieser Frauen zu einem schlechteren Verhältnis zu dem Ehemann erhärten. Ein weiterer sicherlich besonders belastender Punkt für die künftige psychische Verarbeitung der Sterilisation dürfte die Art und Weise sein, wie der Entschluß entstand, eine derartige endgültige Antikonzeptionsmethode durchführen zu lassen. Mehr oder weniger unfreiwillig durchgeführte Sterilisationen sind sicherlich eine schlechte Ausgangslage für eine gute psychische Verarbeitung dieses Eingriffs. So hat Petersen festgestellt, daß "die Tubenligatur häufig vom Arzt zur Bedingung für

den Schwangerschaftsabbruch gemacht" wird, "so daß die Frauen ihr Einverständnis zur Sterilisation unter Druck geben." (19, S. 106 f.)

Selbstverständlich muß die Frage gestellt werden, inwieweit die Angaben der Gruppe "Interruptio" verwertbar sind. Immerhin zeigt die Gruppe beim MMQ abweichende Ergebnisse von den beiden anderen untersuchten Kollektiven. Diese hat in dem Test bezüglich der neurotischen Tendenz die Einstufung "Normalität zweifelhaft". Die Werte der Neurotizismus-Skala, die zu diesem Ergebnis führten, sind jedoch nur unter Vorbehalt interpretierbar, da die Gruppe "Interruptio" hinsichtlich der Lügenliste einen Wert erreichte, der zu der Einstufung "zweifelhaft" im Sinne einer Simulation führte. Diese Ergebnisse lassen sich jedoch auch aus der besonderen Situation, in der diese Frauen stehen, erklären. Zum einen sind sie belastet durch die Schwangerschaftsunterbrechung und die Sterilisation an sich. Zum anderen sind sie sicherlich noch von der "Begutachtung" ihres Wunsches nach einer Interruptio beeinflußt. Dabei mußten diese Frauen dem Arzt ihre psychische und soziale Lage so darstellen, daß dieser ihrem Antrag entspricht.

Es erhebt sich nun die Frage: Soll trotz der ungünstigen Voraussetzungen die Interruptio gleichzeitig mit der Sterilisation durchgeführt werden? Die mit dem sozialen Milieu verbundenen belastenden Faktoren sind schließlich häufig nicht aktuell beeinflußbar. Das relativ schlechtere antikonzeptionelle Verhalten dieser Frauen, könnte auch zu dem Argument führen,

daß nur durch die Sterilisation einer weiteren von der Frau nicht gewünschten Schwangerschaft vorgebeugt werden könnte. Solch einem Argument für die gleichzeitige Durchführung beider Eingriffe kann entgegengehalten werden, daß Sexual- und Antikonzeptionsverhalten die Entscheidung über die Durchführung einer beantragten Interruptio nicht beeinflussen dürfen und deshalb sollte auf alle Fälle vermieden werden, den Eindruck eines Junktims Interruptio-Sterilisatio bei den Patientinnen hervorzurufen. Eine weitere unerwünschte Schwangerschaft könnte sicherlich, zum mindesten teilweise, durch eine eingehende antikonzeptionelle Beratung vermieden werden.

Der wesentlichste Einwand gegen die gleichzeitige Durchführung der Sterilisation und Interruptio bleibt der nicht reiflich abgewogene Entschluß zur Tubenligatur. Werden Frauen, die zu einem Arzt mit dem Wunsch nach einer Schwangerschaftsunterbrechung kommen, erst in diesem Zusammenhang mit der Sterilisation als Antikonzeptionsmethode bekannt gemacht, so besteht sicherlich in den meisten Fällen nicht die Möglichkeit der reiflichen Überlegung.

Da die Entscheidung zur chirurgischen Kontrazeption wegen der durchzuführenden Interruptio unter einem gewissen Zeitdruck steht, sollte, zumindest im Zweifelsfall, der Aufschub der Sterilisation bis zu einem späteren Zeitpunkt erwogen werden.

D Anhang

1. Der Fragebogen

Die gestellten Fragen werden hier teilweise nur stichwortartig wiedergegeben. In dem Original-Fragebogen war jede Frage ausformuliert und hatte vorgegebene Antwortmöglichkeiten.

Teil I

1. Alter
2. Beruf
3. Beruf des Ehemannes/Partners
4. Konfession
5. Zahl der Kinder
6. Alter der Kinder
7. Anzahl der Fehlgeburten
8. Gesamtbruttoeinkommen der Familie
9. Einwohnerzahl des Wohnortes
10. Wohnen Sie in einem eigenen Haus/Eigentumswohnung?
11. Wieviele Zimmer hat Ihre Wohnung?
12. Mit wem wohnen Sie zusammen?
13. Schulausbildung
14. Beruf des Vaters
15. Zahl der eigenen Geschwister
16. Alter der Aufklärung
17. Ich wurde überwiegend aufgeklärt durch:
18. Leben Ihre Eltern zusammen/getrennt?
19. Ich wurde ehelich/unehelich geboren
20. War Ihre Mutter bei ihrer Heirat schwanger?
21. Ich bin überwiegend aufgewachsen bei:
22. Mit wieviel Jahren haben Sie geheiratet?
23. Bestand vor Ihrer Heirat eine Schwangerschaft?
24. Wenn ja, haben Sie die Schwangerschaft ausgetragen?
25. Wenn ja, wann haben Sie geheiratet?
26. Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft unterbrechen lassen?

27. Berufstätigkeit: ich bin z.Zt. ganztägig/ halbtägig/nicht berufstätig
28. Zeit der Berufstätigkeit
29. Ich habe das Gefühl, (a) daß ich den Haushalt ohne weiteres bewältige, (b) daß mir die Arbeit im Haushalt zuviel wird, (c) daß ich die Arbeit im Haushalt nur noch mit einer Hilfe bewältigen kann
30. Hilft Ihr Ehemann/Partner im Haushalt mit?
31. Wenn ja, (a) tut er es freiwillig und gern, (b) weniger gern, weil er sich aber dazu verpflichtet fühlt, (c) nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch?
32. Haben Sie zur Zeit größere finanzielle Belastungen?
33. Wie oft im Jahr machen Sie Urlaubsreisen?
34. Freizeitgestaltung/Hobbys
35. Ich pflege engen Kontakt zu Nachbarn und Freunden
36. Der Ehemann/Partner verdient allein das Geld zum Unterhalt der Familie
37. Wenn die Kinder Probleme haben, kommen sie zu:
38. Die Kinder wurden aufgeklärt von:
39. Größere Probleme kann ich mit meinem Ehemann/Partner besprechen
40. Mein Ehemann/Partner kümmert sich um mich:
41. Sexuelle Probleme kann ich mit meinem Ehemann/Partner besprechen
42. Mit wieviel Männern hatten Sie vor Ihrer Ehe sexuelle Beziehungen?
43. Wie fühlen Sie sich in Ihrer Beziehung zu Ihrem Ehemann/Partner?
44. Wie häufig im letzten halben Jahr hatten Sie Geschlechtsverkehr mit Ihrem Ehemann/Partner?
45. Wie oft erleben Sie beim Verkehr einen Orgasmus (Höhepunkt)?

46. Welche schwangerschaftsverhütende Maßnahmen haben Sie in den letzten Jahren angewandt?
47. War Ihr letztes Kind geplant?
48. Welche Kinderzahl wäre für Sie ideal?
49. Haben Sie die Pille im letzten halben Jahr genommen?
50. Haben Sie das Gefühl, daß Sie sich auf die von Ihnen bis jetzt angewandte Verhütungsmethode verlassen konnten?

Teil II

1. Mit wem wurde der Entschluß zur Sterilisation zuerst besprochen?
2. Wann wurde zum ersten Mal darüber gesprochen?
3. Haben Sie darüber gesprochen (a) mit einem Arzt, (b) mit mehreren Ärzten?

Aus welchen Gründen haben Sie sich zur Sterilisation entschlossen?

4. Zur Zeit finanzielle Überlastung
5. Arbeitsüberlastung
6. Erfüllter Kinderwunsch
7. Pillenunverträglichkeit
8. Weltanschauliche Gründe
9. Sonstige Gründe
10. Kennen Sie jemanden, bei dem der Eingriff der Sterilisation vorgenommen wurde?
11. Wenn ja, welche Erfahrungen hat die Bekannte durch den Eingriff gemacht?
12. Glauben Sie, durch den Eingriff von Ihrem Ehemann/Partner unabhängiger zu werden?
13. Glauben Sie, daß sich der Eingriff auf Ihr sexuelles Verhalten auswirken könnte?

2. Literaturverzeichnis

(1) Barglow, P. und Eisner, M.: An Evaluation of tubal ligation in Switzerland. Am. J. Obstet. Gynecol. 95, 1083 - 1094 (1966)

(2) Binder, H.: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisierung der Frau durch partielle Tubenresektion. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 40, 1 - 49; 249 - 276 (1937/38)

(3) Christoph, K.: Medizin und Empfängnisverhütung; Stuttgart: F. Enke Verlag 1975

(4) Clauss, G. und Ebner, H.: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Frankfurt a.M. und Zürich: Verlag Harri Deutsch 1971

(5) Drage, F.: Die Sterilisation bei der Frau. DÄB/Ärztl. Mitt. 10, 701 - 703 (1974)

(6) "Einkommensunterschiede nehmen zu": Südwestpresse -Schwäbisches Tagblatt-, 7.7.1977

(7) Ekblad, M.: The prognosis after sterilization on social-psychiatric grounds. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 161, Copenhagen (1961)

(8) Ekblad, M.: Social-psyhiatric prognosis after sterilization of women without children. Acta Psychiatr. Scand. (Copenhagen) 39, 481 - 514 (1963)

(9) Heiss, H.: Die Sterilisation der Frau. Stuttgart: F. Enke Verlag 1969

(10) Hellmann, R.: Thesen zur freiwilligen Sterilisation. DÄB/Ärztl. Mitt. 1968, I, 991 -998

(11) Holenstein, A.: Nachuntersuchungen bei 95 aufgrund psychiatrischer Indikation sterilisierten Frauen. Praxis 41, 413 - 419 (1952)

(12) Hoppeler, P.: Nachuntersuchungen von 100 aufgrund psychiatrischer Indikation ohne vorherige Interruptio graviditatis sterilisierten Frauen. Praxis 44, 24 - 30 (1955)

(13) Jürgens, H.W. und Pohl, K.: Kinderzahl - Wunsch und Wirklichkeit. Stuttgart Deutsche Verlags-Anstalt 1975

(14) Khorana, A.B. und Vyas, A.A.: Psychological complications in women undergoing voluntary sterilization by salpingectomy. Br. J. of Psychiatr. 127, 67 - 70 (1975)

(15) Kleining, G. und Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung (SSE), ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie; 1968, 502 - 552

(16) Kunz, S. und Probst, V.: Zur derzeitigen Indikationsstellung, Häufigkeit und Praxis der Tubensterilisation. Ergebnisse einer Umfrage an westdeutschen Universitätsfrauenkliniken. Geburtsh. u. Frauenheilk. 35, 928 - 931 (1975)

(17) Kunz, S., Bailer, P., Frick, V.: Die psychische Verarbeitung der Tubensterilisation als definitive Kontrazeptionsmethode. Geburtsh. u. Frauenheilk. Heft 1 1976, 68 - 72

(18) Mende, W.: Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation aus nervenärztlicher Sicht. München: J.F. Lehmanns Verlag 1968

(19) Petersen, P.: Chirurgische Kontrazeption der Frau und die seelischen Folgen. Sexualmedizin Heft 1 - 4, 1977

(20) Rieger, H.-J.: Derzeitige Rechtslage beim Schwangerschaftsabbruch. Dtsch. med. Wschr. 99,2 (1974), S. 1837 - 1838

(21) Schneider, H.-E.: Mögliche Folgen nach freiwilliger Sterilisation der Frau. Münchner Med. Wschr. 113,2 (1971), S. 1185 - 1188

(22) Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1976 für die Bundesrepublik Deutschland. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1976

Lebenslauf

Am 26. März 1950 wurde ich, Joachim Dölker, als Sohn des Kaufmanns Walter Dölker und seiner Ehefrau Klara, geb. Faißt in Wittlensweiler Kreis Freudenstadt geboren.
Im Frühjahr 1956 trat ich in die Ev. Volksschule Wittlensweiler ein und wechselte 1960 in das Kepler-Gymnasium Freudenstadt über. Von 1966 bis zum 18. Juni 1968 besuchte ich die Eduard-Spranger-Wirtschafts-Oberschule, wo ich die Prüfung für die fachgebundene Hochschulreife bestand.
Von November 1968 bis Oktober 1970 machte ich eine Lehre als Bankkaufmann in Stuttgart. Von Oktober 1970 bis Oktober 1971 war ich im Sprachenkolleg der Ev. Landeskirche von Baden-Württemberg in Stuttgart. Dort bereitete ich mich auf die Prüfung zum Erwerb der allgemeinen Hochschulreife vor, die ich am 5. Oktober 1971 bestand. Seit dem 15. Oktober 1971 befinde ich mich in Tübingen, wo ich anfangs für zwei Semester Ev. Theologie studierte. Im Wintersemester 1972/73 begann ich das Medizinstudium.
Im Frühjahr 1975 bestand ich die Ärztliche Vorprüfung, im Frühjahr 1976 die erste Ärztliche Prüfung, im Frühjahr 1978 die zweite Ärztliche Prüfung und am 8. Mai 1979 die Ärztliche Prüfung.
Seit April 1976 bin ich verheiratet und seit Oktober 1978 bin ich Vater eines Sohnes.